

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MEDECINE)

par

Marcel HERARD

Né le 17 Novembre 1900, à Haïti

**Considérations sur le traitement
par la chirurgie des épithéliomas
cutanés du nez, antérieurement irradiés**

Président : M. LECÈNE, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

302

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THESE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Marcel HERARD

Né le 17 Novembre 1900, à Haïti

**Considérations sur le traitement
par la chirurgie des épithéliomas
cutanés du nez, antérieurement irradiés**

Président : M. LECÈNE, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

M. VILLARET.

ROUVIÈRE

CUNÉO

ROGER

STROHL

DESGREZ

LEMIERRE.

BRUMPT

Marc J LABBÉ

SICARD

LECÈNE

ROUSSY

CHAMPY.

TIFFENEAU.

LOEPER.

N...

BALTHAZARD

MÉNÉTRIÉR

RATHÉRY.

CARNOT.

BEZANÇON

ACHARD

WIAL

MARFAN

NOBÉCOURT

II. CLAUDE

JEANSELME

GUILLAIN

TEISSIER

DELBET

HARTMANN

LEJARS

GOSSET

TERRIEN

LEGUEU

COUVLAIRE

BRINDEAU

JEANNIN

J.-L. FAURÉ

OMBRÉDANNE

VAQUEZ

SEBILEAU

DUVAL

SERGENT

BRANCA.

L. BERNARD.

Hydrologie, thérapeutique et climatologie

Anatomie

Anatomie médico-chirurgicale

Physiologie

Physique médicale

Chimie organique et chimie générale

Bactériologie

Parasitologie et histoire naturelle médicale

Pathologie et thérapeutique générales

Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale

Anatomie pathologique

Histologie

Pharmacologie et matière médicale

Thérapeutique

Hygiène

Médecine légale

Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance

Clinique des maladies des enfants

Clinique des maladies mentales et des maladies de

l'encéphale

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...

Clinique des maladies du système nerveux

Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Professeur sans chaire

Clinique de la tuberculose

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGEP	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHT Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NÉVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTIER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVIN	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT.....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

*En témoignage de ma grande affection et
de ma reconnaissance pour l'éducation qu'ils
m'ont donnée.*

A MES FRERES ET SOEURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECENE

**Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis,
Officier de la Légion d'honneur**

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter la Prési-
dence de ma thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. HAUTANT

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Tenon

Officier de la Légion d'honneur

Qui a montré à mon égard les meilleures dispositions, qui m'a permis de bénéficier de ses conseils éclairés en m'admettant dans son service où je suis resté deux ans, et qui m'a inspiré cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

En témoignage de ma reconnaissance pour ses bons enseignements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAMADIER

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

En témoignage de toute ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUBRY

Ancien Interne des Hôpitaux

Assistant du Docteur Hautant, à l'Hôpital Tenon

Qui m'a éclairé de ses conseils.

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Le traitement des épithéliomas de la peau a occupé en 1927 et en 1928 une place importantes dans plusieurs séances de l'Association Française pour l'Etude du Cancer. Plusieurs points furent très discutés et, s'ils ne furent l'objet d'aucune solution définitive, il n'est pas moins vrai que certains faits restent, que l'avenir semble devoir ratifier : par exemple, la supériorité du radium sur les rayons X pour ce qui s'agit des épithéliomas cutanés ; la radio-résistance des épithéliomas antérieurement irradiés ; la part respective de l'infection et de la modification de la résistance des léguments dans cette radio-immunisation ds cellules épithéliomateuses.

Toutes choses que nous reprendrons au cours de ce travail qui aura en vue surtout le traitement chirurgical des épithéliomas cutanés de la partie supérieure de la face, et plus spécialement du nez, qui ont été antérieurement irradiés.

L'HISTOLOGIE DES EPITHELIOMAS CUTANES ET SON RAPPORT AVEC LE RESULTAT DES TRAITEMENTS RADIOTHERAPIQUE ET CHIRURGICAL

Les cancers de la peau se divisent, au point de vue histologique, en deux classes : les épithéliomas baso-cellulaires ou non épidermoïdes ; les épithéliomas spino-cellulaire ou épidermoïdes.

1° L'épithélioma baso-cellulaire est le cancer spécifique de la peau. Il naît dans les follicules pileux et il n'existe que là où il y a des poils. C'est pourquoi on l'appelle un cancer « trichoépithélial, c'est-à-dire cancer du poil ou de gaine du poil » (Lacassagne et Rubens-Duval).

Ce baso-cellulaire ferme les lymphatiques avant de les envahir. Aussi n'envahit-il presque jamais les ganglions. Sa marche est lente, mais malgré cette lenteur de son évolution, c'est un grand destructeur de la peau ; il détruit tout : la peau, les cartilages, les os, etc., et il tue, non pas par métastases, mais par des hémorragies répétées, par l'infection des surfaces ulcérées.

L'absence d'envahissement ganglionnaire rend son traitement favorable, puisque enfin c'est une affection qui reste locale.

Il siège habituellement à la moitié supérieure de la face ; les ailes du nez, la lèvre supérieure, les paupières, la région orbitaire. Il est rare à la partie inférieure de la face.

2° L'épithélioma spino-cellulaire de la peau, au contraire du précédent, envahit les ganglions de suite, et il tue par métastases. C'est l'épithélioma de l'épiderme. Il envahit les lymphatiques plus ou moins précocement. Son traitement chirurgical ou radiothérapique est extrêmement difficile, puisque rapidement il s'essaime à distance. La difficulté du traitement vient donc du retentissement ganglionnaire précoce de cette variété d'épithélioma.

Cette classification des épithéliomas cutanés en baso et spino-cellulaires ne préjuge en rien de la résistance de la lésion primitive aux irradiations. D'ailleurs cette résistance n'a rien d'absolu, puisque, d'après Regaud, « la raison principale de la résistance opposée par beaucoup d'épidermoïdes à la radiothérapie est la petitesse de l'écart des radio-sensibilité, c'est-à-dire la faible différence existant entre la radio-sensibilité propre du tissu néoplasique et celle des tissus généraux ». Mais, écart qui existe quand même.

Degrais va jusqu'à méconnaître l'utilité, avant le traitement, d'un examen histologique qui aurait pour but de classer l'épithélioma dans la catégorie des baso-cellulaires ou des spino-cellulaires. Il ne se base que sur la seule étude clinique de la lésion pour diriger son traitement par le radium.

TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS CUTANES NON ENCORE IRRADIES

En 1921 encore, le Professeur Moure, de Bordeaux, écrivait ceci : « Si certaines formes d'épithéliomas baso-cellulaires régressent sous l'influence des rayons X ou du radium, les autres, et ce sont les plus fréquentes, non seulement ne sont pas améliorées, mais sont aggravées ; on voit alors parfois l'ulcération se cicatriser, mais quelques mois plus tard, on assiste à une prolifération profonde et rapidement envahissante ».

Mais Francis Carter Wood, de New-York, à la suite d'une enquête faite à l'instigation de la Section des Agents Physiques de l'Association Médicale Américaine, vient d'aboutir à cette conclusion que les tumeurs baso-cellulaires peuvent guérir cliniquement par les irradiations dans environ 90 % des cas.

En France, les résultats sont à peu près analogues si l'on choisit les épithéliomas baso-cellulaires de certaines régions, justement celles qui nous intéressent ici. Dans la thèse de Beau (1926) qui enregistre les résultats obtenus à l'Institut du Radium de Paris, on voit que sur 60 malades, neufs traités pour

des épithéliomas du nez, il y a 89,99 % de succès ; sur 26 malades neufs traités pour des épithéliomas de la région temporo-zygomatique, il y a 91,66 % de succès ; sur 28 malades neufs traités pour des épithéliomas des joues, il y a 88,88 % de succès.

D'autre part, dans le rapport fait le 23 juillet 1923, par M. le Professeur Regaud, au Congrès du Cancer, à Strasbourg, on trouve la conclusion suivante : « Les épidermoïdes ne guérissent pas moins souvent que les non épidermoïdes ; si l'opinion contraire a existé et passé presque à l'état de dogme, c'est parce qu'on ne savait pas traiter correctement les épithéliomas de la peau ».

Ce même auteur, en considérant 100 cas neufs d'épithéliomas de localisations variables, a obtenu 72 succès et 28 échecs.

A la vérité, les 90 % de succès de Francis Carter Wood ne sont peut-être pas meilleurs que ceux qu'on obtient par la chirurgie. Mais les pertes de substance et les cicatrices qui sont la suite des opérations chirurgicales sont beaucoup plus inesthétiques que celles causées par le traitement par les irradiations.

Les Différentes Méthodes du Traitement par le Radium

A part les épithéliomas tout à fait au début, qui disparaissent par le fait même de la biopsie (biopsie-extirpation), tous les autres seront soumis au traitement radiothérapique.

Si on se trouve en présence d'épithéliomas su-

perficiels, non infiltrants, on peut les soumettre à des rayons X, on n'en fera qu'une seule séance ; s'il s'agit de radium, la durée des irradiations sera aussi courte que le permettra la quantité de radium dont on peut disposer (quelques heures ou bien même un certain nombre de minutes, suivant les cas). On aura toutes les chances d'arriver à l'entière stérilisation si la dose épidermicide a été donnée dans tout le territoire du néoplasme. Mais les épidermoïdes minces et non pénétrants ne doivent pas avoir une filtration de moins de 0,5 mm. de platine, (Regaud).

Les épithéliomas, épais et infiltrants, exigent un rayonnement plus électif (filtrage). On allongera de beaucoup le temps d'irradiation quoiqu'en pense Degrais. A l'Institut du Radium, on s'est rendu compte que la durée de 6 à 10 jours est le meilleur temps pour éviter la radionécrose et la radio-immunisation.

On aura à choisir entre la radio-puncture et la curiéthérapie extérieure, et même on pourra faire le traitement mixte. D'après Regaud, la radiumpuncture est préférable dès que la tumeur (épithéloïde) atteint une épaisseur de 15 mm. Mais le voisinage des saillies osseuses (nez, région inter-naso-palpébrale) constitue parfois, à cet égard, une impossibilité. Ces épithéliomas infiltrants sont, pour la plupart, des épithéloïdes, et pour les épithéloïdes infiltrants la filtration sera suffisante avec 0,5 mm. de platine dans la radiumpuncture.

Pour la curiéthérapie extérieure des cancers

épais et infiltrants, dans la plupart des cas, la filtration ne sera pas inférieure à 1 mm. de platine. Mais ici il entre en ligne de compte la distance des foyers radio-actifs. Ces foyers seront supportés par la pâte « Columbia » d'Esguerra, Monod et Richard, de l'Institut du Radium de Paris.

Pour plus de détails sur la radiumthérapie, consulter les différents articles de Regaud à ce sujet, depuis 1921.

TRAITEMENT DES EPITHELIOMAS CUTANES DE LA FACE ANTERIEUREMENT IRRADIES

Si le pourcentage des succès obtenus par les irradiations s'améliore sans cesse, c'est parce qu'on marche graduellement vers la mise au point de la technique de l'application du radium. Et l'on est conduit à ce progrès constant à la lumière de certains faits qui ne sont pas nouveaux, mais qui ont fini par retenir l'attention. Il s'agit de la radio-résistance acquise et de certaines modifications histologiques ou autres qui peuvent l'expliquer.

Radio-immunisation des Epithéliomas Cutanés, acquise à la suite d'Irradiations antérieures

C'est une question importante qui a rallié l'opinion de tous. Dès 1914, le Professeur Pierre Delbet, avec Mocquot, Herrenschmidt et Moch, signalait le fait et disait :

« Au bout de deux applications ou plus de radium, on trouve à l'examen, une régression manifeste des lésions, parfois même on pourrait parler de guérison si l'on ne suivait pas les malades. Puis,

« après cette période de régression, ou bien après un
« simple temps d'arrêt dans la marche des lésions,
« la tumeur reprend une activité nouvelle et pro-
« gresse rapidement malgré les applications de ra-
« dium. Celui-ci semble avoir perdu complètement
« son action. On dirait que les cellules néoplastiques
« se sont vaccinées contre les radiations qui, à partir
« de ce moment, demeurent sans effet. Sur nos 16
« observations, nous trouvons ce fait avec une net-
« teté parfaite dans 7 cas. »

Le fait a été reconnu exact et cela, à tel point, que Belot revendique l'honneur d'avoir dit ceci avant Delbet : « Un épithélioma cutané soumis à la radio-
« thérapie, doit guérir d'emblée. Si on le rate, on a
« bien des chances de ne jamais plus le guérir ».

Puis un nombre considérable d'auteurs, tant Français qu'étrangers, soutiennent cette opinion de M. Delbet : Bayet, Regaud et Nogier, Werner, Hartmann, Wetterer, Krönig et Friederich, Wood et Prime, Greenough, Finzi, etc...

Le fait ayant été reconnu, il s'agissait de l'expliquer. Pour certains (Bayet et Schwartz), il s'agissait de la sélection progressive d'une race de cellules cancéreuses. La malignité de l'épithélioma s'acroîtrait au fur et à mesure qu'il reçoit des irradiations, à la suite d'un premier traitement par le rayonnement, sans résultat.

D'autres, comme Roussy, croient que ce sont surtout les modifications que subissent le stroma conjonctivo-vasculaire qui peuvent expliquer la radio-

immunisation. Dans ce cas, les radiations auraient leur action thérapeutique non pas directement sur les tissus épithéliomateux mais indirectement, par l'intermédiaire du stroma conjonctif. Bérard et Dunel, Marquis soutiennent le point de vue de Roussy; Lacasagne le combat.

Regaud accorde une grande importance à l'infection ; et, de fait, la désinfection dans certains cas, rend une certaine radio-sensibilité à un épithélioma qui ne « bougeait » plus. D'autre part, la méthode mixte de Belot, qui consiste en un raclage précédent les irradiations des tissus (raclage des foyers néoplasiques mous et friables) serait en faveur de cette façon de penser de Regaud.

Nous croyons que l'infection et les modifications du stroma conjonctif sont deux facteurs importants dans la production de la radio-immunisation.

Comment provoque-t-on la Radio-Immunisation ?

En employant des doses trop fractionnées, trop espacées et trop répétées (Regaud).

Mais il y a des épithéliomas qui, après avoir subi des traitements correctement appliqués, ont malgré tout abouti à la radio-immunisation. Nous avons l'espoir qu'à l'avenir, on viendra à bout de cette radio-résistance maintenant insurmontable. On y arrivera lorsqu'on aura isolé des rayons qu'actuellement on dit électifs, d'autres rayons plus électifs encore qui agiront puissamment sur les tissus néoplasiques tout en respectant les tissus généraux.

Mais il restera toujours, malgré tout, un certain déchet. Ce sont les cas que, seule, la chirurgie pourra guérir.

Mais l'avenir est déjà riche du présent. Nous serions injustes de méconnaître les grands progrès réalisés ces dernières années dans le domaine de la radiothérapie. Ce sont justement ces progrès qui nous permettent de bien augurer l'avenir.

Conséquences de l'Etude de la Radio-Immunsation

L'attention qu'on a accordée à la radio-immunsation des épithéliomas de la peau, antérieurement irradiés, a permis : 1° de constater la supériorité manifeste du traitement unique en matière d'épithéliomas pavimenteux ; 2° de passer des doses vraiment trop faibles à des doses actives ; 3° d'augmenter l'électivité des rayons.

Que faire en présence d'un Epithélioma déjà traité sans succès par le Radium ou les Rayons X ?

Quand un épithélioma, traité par des radiations, récidive, il n'est pas dit qu'il résistera à toute autre tentative thérapeutique par les rayons, faite par un radiothérapeute expérimenté.

Le pourcentage des succès est certes considérablement amoindri par le fait d'irradiations antérieures, mais « il ne coûte rien » d'essayer d'autres irradiations. Cependant on se gardera bien de perdre un temps qui est ici tout à fait précieux.

Regaud dit, dans son rapport présenté au Congrès du Cancer à Strasbourg, en Juillet 1923 : « En « totalisant tous les cas traités sans tenir compte de « l'examen histologique, nous trouvons 132 cas (sur « 145 cas), dont les résultats sont connus. Réduisons 32 cas traités antérieurement par les radiations. Il reste 100 cas neufs qui ont fourni 72 succès et 28 échecs, et se répartissent ainsi d'après le nombre des traitements donnés et les résultats :

Malades ayant reçu 1 traitement : 65 : 56 succès (86 %) et 9 échecs (14 %).

Malades ayant reçu 2 traitements : 24 : 13 succès (54 %) et 11 échecs (46 %).

Malades ayant reçu 3 traitements : 9 : 3 succès (33 %) et 6 échecs (67 %).

Malades ayant reçu 4 traitements : 2 : 2 échecs.

« Ainsi, de 1 à 4 traitements, le pourcentage des « succès a baissé de 86 à 54, à 33 à 0 ; tandis que le « pourcentage des échecs est monté de 14, à 46, à 67, « à 100. »

Mais malgré tout, même après le 3^e traitement on peut obtenir des succès, quoique rares. On peut donc essayer d'autres irradiations.

Choix des Rayons

Il s'agit de ne plus exposer la lésion réfractaire aux mêmes rayons qui n'avaient pu la guérir. Le plus souvent, on aura à choisir un rayonnement plus électif ; ou bien des rayons X plus fortement filtrés, ou bien plutôt des foyers radio-actifs d'une plus

grande intensité, soumis à un plus fort filtrage.

Mais il est intéressant de savoir qu'un baso-cellulaire devenu résistant aux radiations sélectives (rayons X ou Y fortement filtrés) peut parfois être guéri par l'action caustique diffuse des rayons X non filtrés.

D'une façon générale, on peut cependant dire que, si un épithélioma a d'abord été traité par des rayons X, on peut obtenir ensuite de bons résultats une seconde fois par le radium ; mais s'il a été d'abord traité par le radium, puis par les rayons X, ceux-ci essuient presque certainement un échec.

Les pourcentages de succès publiés par M. Regaud, après un, deux, trois ou quatre traitements montrent qu'il y a encore un assez grand nombre d'épithéliomas de la peau qui résistent aux irradiations. Ces épithéliomas envahissent de plus en plus les tissus ; il arrive un moment où l'on est obligé d'arriver à l'acte chirurgical.

Traitement chirurgical

Belot a dit à la séance du 20 juin 1927, de l'Association pour l'Etude du Cancer : « C'est au radium
« qu'il faudra avoir recours quand les lésions ont lar-
« gement dépassé les limites de la peau. Quand les
« plans osseux sont à nu, quand les cavités de la face
« sont ouvertes (cloison du nez, sinus, etc...). Les
« résultats dépendent de la profondeur des lésions
« et sont, comme l'a dit très justement, Mme La-
« borde, extrêmement variables.

« On a conseillé l'intervention chirurgicale. Mal-
« heureusement, même très largement pratiquée,
« elle ne donne pas toujours la guérison, sans parler
« des pénibles mutilations qu'elle nécessite. Il sem-
« ble bien que ces épithéliomas soient devenus ré-
« fractaires à toute tentative thérapeutique. »

Le Professeur Roussy, de son côté, avait dit à la
séance du 21 mars : « La méthode des petites doses
« ainsi répétées crée une radio-résistance définitive.
« Il en est de même des cancers irradiés et opérés à
« plusieurs reprises : chaque tentative, qu'elle soit
« chirurgicale ou radiothérapique, étant suivie de
« récurrence. Il semble s'être établi un état réfractaire
« à toute tentative thérapeutique chirurgicale ou
« radiothérapique, sans que l'on en sache encore la
« raison. »

En réalité lorsqu'il n'y a à l'intervention aucune
contre-indication dictée soit par l'état général du
malade, soit par l'existence de ganglions néoplas-
tiques, soit par l'extension du néoplasme à la base du
crâne, on a de bons résultats par la chirurgie.

Hautant a obtenu des succès 9 fois sur 10, et
nous allons nous servir pour cette étude de 9 obser-
vations de malades qui ont été soignés d'abord pour
la plupart à l'Institut du Radium et qui ont ensuite
été opérés par Hautant.

Disons ensuite que si l'on admet la résistance au
traitement radiothérapique (il s'agit alors de la radio-
immunisation à laquelle nous nous sommes déjà

arrêtés), il n'en est pas de même de la résistance en traitement chirurgical.

Tout épithélioma cutané qui n'a pas de retentissement ganglionnaire peut et doit guérir par une intervention chirurgicale, du moment qu'on en fait une excision complète. Prenons l'observation V dont nous donnons ici un résumé.

Mme Blo..., Marie, 57 ans.

Epithélioma ulcéré dorso-nasal ovalaire, à grand axe vertical, débordante sur les deux ailes du nez.

Petit ganglion sous-maxillaire à droite.

Institut du Radium. — 21 Avril 1921 (1^{er} traitement radiumthérapique).

Appareil moulé : 7 foyers d'émanation; filtrage 1 m/m. et 1.5 m/m. de platine + 2/100 d'aluminium. Dose donnée en 95 heures : 13.96 m.c.d.

Cicatrisation presque complète, sauf en un point, au centre de la région traitée.

28 Juillet 1921 (2^e traitement radium thérapeutique).

Appareil à plat en cire, plus une sonde en gomme introduite dans la narine droite, contenant 3,64. Dose donnée 7,74 m.c.d.

L'ulcération persiste et s'agrandit.

15 Octobre 1921. — (3^e application de radium).

Application d'un appareil de cire blanche 5 m/m.

Aluminium 2/100, Platine 1 m/m. à 1 m/m
1/2. En tout, 14 tubes d'émanation.

Dose donnée : 21 m.c.d. en 96 heures.

21 Janvier 1922. — Guérison apparente.

15 Février 1922. — Récidive probable.

29 Mars 1922. — L'ulcération fait des progrès.

1^{er} Avril 1922. — 4^e application de radium.

Durée de l'application : 15 jours.

Dose donnée : 18,75 m.c.d.

6 Juillet 1922. — Opération du Dr Hautant.

Résection du nez : la cloison médiane est envahie jusqu'à sa partie supérieure, mais la lame criblée paraît intacte. L'ethmoïde est suspect, mais le sphénoïde paraît sain. On enlève la cloison en entier, les cornets, une partie de l'ethmoïde. On résèque la lèvre supérieure et le rebord osseux y attenant.

Application immédiate de 12 tubes de radium.

Radio-nécrose jusqu'en novembre 1924.

Cicatrisation complète de la cavité, constatée le 1^{er} décembre 1925.

Depuis, très bon état.

C'était un épithélioma épidermoïde, type cutané; évolution typique. (Fragments de cartilage dans la biopsie).

Hautant s'est efforcé de faire une excision complète. Il a examiné avec soin la région où végétait la tumeur. Il a constaté que la cloison médiane était envahie jusqu'à sa partie supérieure, que la lame criblée paraissait intacte de même que le sphénoïde. Il

a enlevé la cloison en entier, les cornets, une partie de l'ethmoïde.

Supposons que dans des circonstances analogues un chirurgien, même averti, laisse un certain point envahi par les cellules cancéreuses. Il ne fait aucun doute que l'épithélioma continuera à évoluer. Il pourra se cicatriser en surface, mais dans la profondeur des tissus, un travail se fera en silence. Il arrivera donc un moment où l'épithélioma reparaitra à la surface, et ainsi se fera une récurrence. L'excision a été incomplète.

Un exemple d'excision incomplète.

Résumé de l'observation IV.

Mme Gui..., épithélioma de l'aile gauche du nez, tout près du sillon nasogénien.

Biopsie-extirpation. Puis immédiatement, première application de radium.

Appareil plat en gutta.

Dose donnée : 4,91 m.c.d. (irradiation tout à fait insuffisante, d'après M. Regaud).

14 mois après, récurrence. Pas de ganglion.

Alors, deuxième traitement :

4 aiguilles faibles, 18 m/m d. p. Platine 0,4 m/m.

Temps d'application : 94 heures.

Dose donnée : 3,48 m.c.d.

Deux mois de guérison apparente.

Puis troisième traitement par le radium.

Pose d'un appareil nasal en pâte Columbia.

Dose donnée : 11,98 m.c.d.

La cicatrisation qui suit n'est pas complète.

Biopsie positive.

Opération par le docteur R.-B... Excision *peu satisfaisante* d'après l'examen histologique.

Moins d'un an après : récidue.

Alors, Quatrième traitement curiothérapique.

Dose donnée : 13,75 m.c.d. en 9 jours.

Cicatrisation, puis récidue.

Nouvelle excision du D^r R.-B...

Mais sur la partie interne de la joue, sur la cicatrice opératoire, petite ulcération à fond jaunâtre, nécrotique.

Enfin, *opération du D^r Hautant*, qui consiste en une excision *large et profonde* de tout ce qui reste de l'aile gauche du nez et du pourtout du sillon naso-jugal. L'incision va jusqu'à l'os et atteint le fond du sillon maxillo-labial supérieur, faisant ainsi communiquer l'extérieur avec la cavité buccale.

Il s'agissait d'un épithélioma infiltrant et ulcéré ne présentant pas d'évolution épidermoïde vraie.

La guérison dure depuis un an et demi.

L'observation VI est extrêmement intéressante à cause de la très grande étendue de la lésion et du résultat merveilleux qu'ont donné les rayons X et la chirurgie.

Il s'agit de Mme B... Jeanne, 56 ans (4 grossesses, 2 accouchements prématurés).

Tumeur bourgeonnante et ulcérée de la partie médiane de la face.

Elle est vue à l'Institut du Radium, dix-huit ans après le début de son affection, après avoir eu des traitements divers :

Trois injections interstitielles d'iodure de K.

Electrolyse. Résultat nul.

Trois séances de Rayons X et une quinzaine de séances de fulguration (amélioration passagère).

Ces différents traitements furent faits alors que le néoplasme était encore très limité et non ulcéré.

Huit ans après le début, les lésions s'ulcèrent.

Traitement par le mercure pendant deux ans. Les lésions demeurent stationnaires. Puis elles se cicatrisent et s'ulcèrent alternativement. On croit reconnaître des nodules lupiques.

Auto-vaccin (laboratoire municipal de Cômes).

A ce moment, les lésions sont très étendues et largement ulcérées.

Puis les parties molles et cartilagineuses du nez se sont effondrées à la suite d'un traumatisme violent.

L'ulcération s'étend encore, et c'est alors qu'on l'examine la première fois à l'Institut du Radium.

Large ulcération circulaire, médio-faciale, à développement symétrique, bourgeonnante, de 8 cm. de large et de 8 cm. de haut (voyez la figure 1). Au centre de l'ulcération se trouve une perforation de 2 cm. 5 sur 3 cm. correspondant à un effondrement nasal.

Bourrelet périphérique irrégulier de 3 à 5 m/m de haut; bourgeonnements irréguliers.

Traitement de l'Institut du Radium : Ici, ce sont les Rayons X qui étaient indiqués à cause de la grande étendue du néoplasme. Et, de fait, on soumit la malade à 7 séances de Rayons X, totalisant 53 U.H. échelonnés sur 51 jours.

Au cours de ce traitement on observe une amélioration progressive. Après la dernière séance, cicatrisation très rapide.

Moins d'un an après, petite récidive (fig. 2), au niveau de la muqueuse nasale. En outre, le bord droit de la joue est moins souple que le bord gauche.

La paroi droite de la fosse nasale présente un aspect de radio-nécrose.

A partir de ce moment, les rayons ne sont plus indiqués et l'on s'adresse alors à la seule arme qui puisse être efficace : la chirurgie.

Opération du Dr Hautant : 16 octobre 1925.

Excision de la partie antérieure du palais. Excision triangulaire à base antérieure allant de la cavité droite à la première molaire gauche. Section des os propres du nez; section de la cloison nasale.

Pose de 12 tubes de radium.

Guérison depuis (Voyez fig. 3).

Il s'agissait d'un épithélioma à évolution épidermoïde peu marquée, selon le type des muqueuses.

Mme Cha..., 69 ans. (Résumé de l'obs. III).

Ulcus rodens du nez et de la lèvre supérieure.

Traitée pendant de longues années par les Rayons X, dont elle subit plus d'une centaine de séan-

ces, sans résultat appréciable. Les lésions s'étendent et s'ulcèrent; l'ulcération creuse.

Premier traitement curiethérapique : pose d'un appareil plât. Dose donnée : 18 m.c.d. 80.

Les dimensions de l'ulcération diminuent; mais bientôt la lésion revient à ses dimensions antérieures.

Deuxième traitement curiethérapique, six mois après le premier.

Un mois après cette séance (fig. V), assouplissement de toute la région, sauf sur le bord libre de la lèvre supérieure, sur la ligne médiane et le moignon de la narine gauche. Puis la cicatrisation fait des progrès. Il reste une petite ulcération circulaire de la lèvre supérieure.

A ce moment : *opération. faite par le Dr De...*
Excision circulaire de toute la partie malade, en dépassant sur toute la périphérie de 3 à 4 m/m la zone indurée.

La guérison apparente qui suit cette opération dure cinq ans et demi jusqu'à la récurrence sous forme d'une ulcération occupant le bord externe de la narine gauche et adhérent au massif osseux sous-jacent.

Deuxième intervention chirurgicale, par le Dr Hautant (19 mars 1927), sur le pourtour des narines, ulcération creuse, à bords légèrement indurés. Excision de tout le rebord des narines, en restant à 1 cm. en dehors des lésions. Ablation de la partie antérieure du plancher nasal.

Pose de 5 tubes d'émanations.

Une dizaine de jours après l'intervention : poussée d'érysipèle. Elimination de séquestres osseux.

Guérison obtenue jusqu'à ce jour.

C'était un épithélioma baso-cellulaire. Il a pu être guéri après un nombre considérable de séances de rayons X, deux applications de radium et deux interventions chirurgicales (fig. VI).

OBSERVATION II (résumé)

M. Be... André, pour son épithélioma du nez, subit 4 séances de rayons X qui font disparaître les lésions. Celles-ci réapparaissent six ans après. Neige carbonique sans succès. Une poussée d'érysipèle survient. Quatre séances de douches filiformes.

Curiéthérapie, suivie de guérison apparente.

Quinze mois après, récurrence à la partie postérieure de l'aile du nez. On décide alors l'exérèse chirurgicale.

Hautant excise l'aide droite du nez. Il fait une plastie immédiate et par lambeau en raquette, pris sur la joue en dehors du sillon naso-jugal, et rabattu sur la brèche occasionnée par la partie enlevée.

Guérison depuis dix-neuf mois.

Il s'agissait d'un épithélioma non épidermoïde.

OBSERVATION I (résumé)

M. Fa... Henri, 62 ans.

Epithélioma de l'aile du nez.

Rayons X pendant dix-huit mois : une séance par semaine, sans succès. La lésion s'étend.

Intervention chirurgicale qui consiste en une excision de la tumeur et une autoplastie avec un lambeau de la joue.

Récidive.

Nouvelle intervention faite par le même chirurgien, deux ans après la première.

Nouvelle excision. Autoplastie avec un lambeau frontal.

Nouvelle récurrence *in situ*. Troisième intervention (trois ans après la deuxième), fait par le D^r Hautant.

Le territoire à exciser est circonscrit à la diathermie (pointe). Section au bistouri de l'aile du nez, Section à la gouge plate de la voûte palatine.

Guérison depuis sept mois.

OBSERVATION VII (résumé)

Mme Lar... Sidonie, 69 ans.

Tumeur ulcérée du rebord orbitaire du maxillaire supérieur et de la face interne de l'orbite gauche. Lésion très douloureuse.

Radiothérapie avant l'ulcération pendant trois ans environ, avec des périodes de repos intercalaires.

La tumeur s'est ulcérée par la suite et s'est mise à s'étendre.

Cette observation est intéressante par les douleurs extrêmement marquées dont souffrit la malade, douleurs d'allure paroxystique débutant à la nuque et s'étendant à tout l'hémicrâne du côté gauche.

On décide une intervention chirurgicale. A ce

moment, il s'agissait d'une vaste ulcération de la région orbito-nasale. Elle intéresse la moitié interne du rebord orbitaire supérieur ; le 1/3 inférieur du rebord orbitaire inférieur. La paupière supérieure est comme sectionnée et pendante dans son tiers interne. Le globe oculaire conserve sa mobilité, mais est très enflammé. L'os propre et la branche montante du maxillaire sont dénudés.

Intervention du Dr Hautant. — Circonscription à la diathermie du territoire à exciser. Ablation des parois inférieure et antérieure du sinus frontal gauche. Ablation de la moitié inférieure du rebord orbitaire, au-dessus du sinus maxillaire. Ablation de l'os propre et du lacrymal du côté gauche.

Il s'agissait d'un épithélioma à évolution épidermoïde à peine ébauché. En certains points, tendance à une disposition cylindromateuse.

Mme Don..., Antoinette, 65 ans.

Ulcération siégeant sur l'aide gauche du nez et développée sur une ancienne tumeur déjà traitée il y a 6 ans par le radium : deux applications à un mois d'intervalle.

Après le second traitement, disparition complète de la lésion.

Un an à dix-huit mois après, petite rougeur à la base de ce qui restait de la narine gauche. La récursive s'affirme.

La malade retourne à Saint-Louis où on lui avait fait les applications de radium quelques années auparavant. De là, on l'envoie à l'Institut du Radium.

A l'Institut du Radium, on décide l'intervention chirurgicale.

En résumé : néoplasme cutané (forme spino-cellulaire) de l'aile du nez, ulcérée, traité antérieurement par une application de radium.

Intervention chirurgicale d'Hautant. — Ablation de tout le néoplasme, de l'aile du nez et de la partie adjacente de la joue. — Résection de la partie gauche des os du nez. Curettage des bourgeons. Tamponnement.

16 mois après, on constate une petite tumeur saignante de la partie inférieure de la cloison nasale.

L'histologie fait savoir qu'il ne s'agit que qu'un bourgeon charnu.

Guérison depuis 19 mois.

OBSERVATION IX (résumé)

Mme Bo... Angèle.

Brûlure d'aluminium au niveau du sillon nasogénien droit. Cette lésion évolue graduellement vers la malignisation.

1°) Radiothérapie pénétrante (5 séances à Saint-Louis, dans le service de Belot).

Récidive.

2°) Alors, radiothérapie pénétrante (11 séances) 2 ans après le premier traitement.

Guérison pendant dix-huit mois.

3°) 9 séances de rayons infra-rouges, sans résultat.

Perforation buccale. — Lésion très étendue.

4° *Intervention chirurgicale d'Hautant.* —

Ablation de toute la lésion, d'une grande partie de la voûte palatine et de la partie droite des os du nez;

La guérison se maintient depuis 10 mois.

Il s'agissait d'un épithélioma non épidermoïde.

En nous basant sur nos 9 observations, nous pouvons dire que la chirurgie trouve ses indications :

1° Quand un épithélioma a été soumis, sans succès, aux irradiations, notamment au traitement par le radium.

2° Quand la lésion est très étendue et a envahi l'os-sous-jacent ; car un traitement nouveau par les irradiations ne ferait que déterminer de la radio-nécrose.

3° Quand le malade présente des douleurs très violentes et très tenaces qui sont le témoignage de la radio-nécrose en activité.

4° Quand la surface très étendue est infectée ; car cette infection sera une mauvaise condition contre l'action des radiations qui, alors, agissent sur les tissus normaux tout en respectant les tissus néoplasiques.

Quand ces conditions sont réunies, on peut penser qu'un nouveau traitement serait sans effet, accentuerait les douleurs, favoriserait le développement ultérieur du néoplasme. Alors, on ne peut avoir recours qu'à l'opération chirurgicale.

Technique chirurgicale

Lorsqu'on a décidé d'intervenir chirurgicalement, il faut que l'intervention soit complète ; qu'elle

porte non seulement sur les tissus présentant du cancer, mais 1° sur les tissus préalablement irradiés, mais paraissant guéris ; car ils sont suspects. 2° A une distance d'un bon demi-centimètre autour de l'ulcération néoplasique. Cependant, lorsque le néoplasme a envahi la paroi inférieure des fosses nasales, il est possible de cliver la voûte palatine osseuse de façon à ménager la fibro-muqueuse buccale et une petite couche osseuse, et à ne pas avoir de communication directe avec la bouche.

Si c'est nécessaire, les deux sinus maxillaires seront ouverts et le pourtour des sinus pyriformes seront réséqués ; il en est de même des sinus ethmoïdaux.

Au niveau de l'angle interne de l'œil le néoplasme est souvent très voisin des paupières qui seront attentivement disséquées.

Dans certaines de nos observations, on verra que l'acte chirurgical a été complété par les applications de radium pour amener une stérilisation plus complète des surfaces de section ; mais ces applications de radium ont paru à Hautant déterminer des foyers de radio-nécrose très étendus, sans avantages réels.

L'incision qui délimite le pourtour des tumeurs a été faite au bistouri. Dans les derniers cas, Hautant a utilisé la diathermocoagulation pour assurer une meilleure stérilisation des surfaces curettées. Cette dernière méthode paraît plus sûre, mais la réaction des tissus déjà très fragiles par applications de radium

et de rayons X, ont présidé à des poussées érysipélateuses.

Cependant, en soumettant les malades des le deuxième ou le troisième jour après l'opération à des pulvérisations d'eau boriquée chaude, répétées journellement pendant plusieurs heures, on a pu éviter cet accident dans le service de M. Hautant.

Corrections esthétiques

La guérison est survenue en général au bout d'un à deux mois ; ultérieurement, c'est-à-dire cinq à six mois après la cicatrisation complète, on cherchera à remédier aux difformités.

1° Soit par des plastiques.

2° Soit en comblant avec de la parafine la perte de substance, si elle est petite.

3° Soit enfin par des appareils de prothèse en pâte (Darcissac) ou par des appareils dits cache-misères.

Autoplastie. — On peut se servir soit d'un lambeau frontal qu'on amène par torsion du pédicule sur la perte de substance à combler ; soit de lambeaux pris au voisinage immédiat de la cavité à combler : dans ce cas, on les fait glisser vers celle-ci ; soit enfin, de lambeaux venant de très loin : du bras, par exemple.

Pour plus de détails : consulter le traité d'autoplastie de Nélaton et Ombrédanne.

M. Ombrédanne, sous la direction du professeur Ombrédanne, a fait dans le service d'Hautant la res-

tauration du nez d'un malade qu'avait antérieurement opéré notre maître, pour un épithélioma de la crête nasale, qui avait provoqué l'effondrement de celle-ci à l'union des os propres et du cartilage. Hautant avait fait l'ablation de cette tumeur à la diathermo-coagulation et au bistouri.

Nous donnons ici un schéma de l'intervention d'Ombredanne (fig. VII).

OBSERVATION I

M. Fa... Henri, 62 ans. — Mécanicien.

Début : Mai 1922. Le malade dit qu'il a eu une piqûre au niveau du sillon naso-génien gauche ; une petite croûte fit son apparition qui, par la suite, tombait et se reproduisait successivement. Le malade ne présentait aucune douleur, mais s'inquiétait tout de même de ces lésions. Il alla à Saint-Louis où on lui fit des rayons X pendant 18 mois : une séance par semaine. La lésion s'étendait malgré tout. Il fut envoyé à un chirurgien qualifié qui l'opéra en août 1923.

Opération à l'hôpital Saint-Louis : excision de la tumeur. — Autoplastie avec un lambeau de la joue.

Septembre 1925. — Le malade retourne à l'hôpital Saint-Louis avec une récurrence sur le versant gauche de la pyramide nasale, au niveau de la lésion primitive. — Nouvelle excision. — Autoplastie avec un lambeau frontal.

27 septembre 1928. — Actuellement, le malade présente, au niveau de l'aile du nez, une ulcération de forme ovulaire, à l'emporte-pièce qui conduit dans

la fosse nasale gauche : grand diamètre, environ 1 cm 1/2 ; petit diamètre, 1 cm. Cette ulcération, recouverte de croûtes, est rouge pâle et laisse intact le rebord de l'orifice nasal dont elle est séparée par un petit pont de 2 m/m de large, formé par la partie externe du rebord de l'orifice nasal. La partie supérieure de la gencive limite en bas cette ulcération. Le malade se plaint de douleurs qui l'ont empêché de continuer son travail, et présente des croûtes qui le gênent beaucoup.

Compte rendu opératoire : 27 septembre 1928. — Le territoire à exciser est circonscrit à la diatermie (pointe). Section au bistouri de l'aile du nez, descendant jusqu'au niveau du bord libre de la narine ; l'incision intéresse en bas, la lèvre au contact de la ligne médiane, jusqu'au rebord alvéolaire. En arrière, elle passe à 2 cm environ, du sillon naso-génien et coupe en bas la lèvre un peu en avant de la commissure.

Section à la gouge plate de la voûte palatine, dans sa partie correspondant aux deux incisives labiales. A la partie interne du maxillaire supérieur, jusqu'à la racine de la branche montante. On enlève ainsi la masse, y compris la cloison.

La tumeur semble superficielle ; le rebord alvéolaire paraissait intéressé à sa partie supérieure, mais le corps du maxillaire paraissait intact.

Examen histologique (N° 10.902). — Epithélioma formé de larges cordons anastomosés, à contours dentelés. La grande majorité des éléments tumoraux est indifférenciée ou à différenciation à peine

ébauchée. Sur le fond uniforme, apparaissent de très nombreuses formations en bulbe d'oignon, qui, souvent, ont un centre kératinisé.

Epithélioma qui se rapproche du « type intermédiaire » de la peau.

OBSERVATION II

M. Be... André, 49 ans.

Localisation : Nez.

Curithérapie : 20 janvier 1926.

A. H. : Mère morte d'une embolie. Père mort d'une congestion pulmonaire.

A. P. : Aucune maladie infectieuse. — Pas de maladie vénérienne.

Histoire de la maladie : Début en 1922 : apparition d'une petite écorchure sur le bord du nez, qui grandit progressivement.

En 1913 : 4 séances de rayons X. 2 séances de 10 minutes, faites en 1913 à une quinzaine de jours l'une de l'autre.

Disparition totale de la lésion jusqu'en 1919. A ce moment, le malade s'aperçoit que la lésion reparaît. En 1921, la lésion est traitée par des applications de neige carbonique. Aucune amélioration après ce traitement. En 1922, érysipèle. En juin 1924 : 4 séances de douches filiformes.

20 janvier 1926. — Juste au-dessous des os propres du nez, dépression transversale siégeant au-dessus du lobule du nez et descendant de chaque côté sur les deux narines un peu plus à droite qu'à

gauche. Induration linéaire tout autour de cette zone déprimée. Pas d'adénopathie.

20 janvier 1926. — *Curiethérapie* : Pose d'un appareil en cire (appareil à fenêtre), irradiant la lésion. Les tubes sont déplacés le 22 et le 23 janvier. La distance qui était de 8 mm. est augmentée à 1 cm. Le 25 janvier, fin de l'application.

Dose donnée du 20 au 25 janvier, soit cinq jours :

23.69

Surf. 16 cm² ;

Dist. 8 m/m les deux premiers jours et 1 c/m ensuite ;

Filtr. Pt. imm. ; par cm² 1,5 mcd.

2 février 1926. — Réaction normale, sans exagération jusqu'à ce jour. Pellicules blanchâtres recouvrant toute l'extrémité de la face antérieure du nez. Pas de douleur.

5 février. — Réaction, sans changement. Le malade a eu deux fois des hémorragies nasales.

23 mars 1926. — Cicatrisation progressive par les narines, laissant encore une zone centrale désépidermisée.

4 mai 1926. — Guérison apparente. Cicatrisation complète de la plaie, sauf en un tout petit point sur le versant gauche du nez.

7 septembre 1926. — Le malade s'est piqué il y a quelques jours avec une épine de rosier. A la suite de quoi, est apparu un point de suppuration. Actuel-

lement, on constate, sur la narine droite, une petite ulcération de 1 cm. de diamètre, recouverte d'une croûte jaunâtre, sans induration périphérique.

14 septembre. — Diminution de l'ulcération, qui ne présente aucune base d'induration.

1^{er} octobre. — L'ulcération est un peu plus étendue. Elle a gagné vers la pointe du nez. Elle a toujours le même aspect, recouverte d'une croûte jaunâtre. Pas d'induration périphérique. En arrière, la plaie a l'air de se cicatriser. Le fond, en ce point, paraît épidermisé.

Traitement : attouchement au bleu de méthylène, une fois par jour.

8 octobre. — Difficulté de bien se rendre compte, en raison de l'application du bleu de méthylène. La partie postérieure de l'ulcération est cicatrisée. La partie antérieure, encore saignante. Bords légèrement durs. Toute petite biopsie faite sur le bord de l'ulcération. Tout autour de l'ulcération, la teinte rougeâtre, inflammatoire du nez qui existait lors du dernier examen, a disparu.

17 décembre 1926. — Guérison apparente complète.

22 avril 1927. — Sur le sillon naso-jugal, à 2 centimètres en arrière de la pointe du nez, persistance d'une toute petite ulcération qui suinte un liquide jaunâtre, formant petite croûte qui s'écorche facilement au frottement. Il est fort probable qu'il existe là un tout petit point stérilisé.

2 septembre 1927. — A la partie postérieure de

l'aile droite du nez, petite ulcération creusante à bords indurés, de 1/2 centimètre de diamètre. Récidive certaine. On conseille l'extirpation chirurgicale de la masse, avec autoplastie.

9 septembre. — Sur l'aile droite du nez, petit orifice circulaire, taillé comme à l'emporte-pièce, de 1/2 centimètre de diamètre et de 2 à 3 m/m de profondeur (sans infiltration périphérique). En raison des nombreuses irradiations déjà pratiquées, on décide de faire l'exérèse chirurgicale qui sera suivie ultérieurement d'autoplastie.

23 septembre. — Chirurgie (D^r Haulant).

Excision de l'aile droite du nez. Plastique faite immédiatement et par lambeau en raquette, pris sur la joue en dehors du sillon naso-jugal et rabattu sur la brèche occasionnée par la partie enlevée.

Anesthésie locale.

24 septembre 1927. *Examen histologique.* — Récidive d'une épithélioma non épiderinoïde, dont l'architecture en cordons anastomosés est identique à celle de la lésion de 1926. Structure qui se rapproche, en certains points, de celles du cylindrome.

26 septembre. — Gros oedème violacé des paupières droites et de la partie supérieure de la joue droite.

Bon aspect de la plaie opératoire.

18 novembre 1927. — Bon état.

17 février 1928. — Guérison complète du nez.

18 mai 1928. — Etat de guérison complète.

Mars 1929. — Bon état de santé.

Mme Cha..., Anna, 69 ans.

Localisation : Ulcus rodens du nez et de la lèvre supérieure.

Curiethérapie : 28 juin 1921, 22 décembre 1921.

Observations : Bonne santé habituelle; 4 enfants, dont 2 morts, tuberculose et syphilis ?

Mari mort d'anémie cérébrale.

Histoire de la maladie : Début à 52 ans, par un petit bouton au milieu du nez. Traitée en 1913 par le docteur Vigneron (rayons X et cautérisation); certainement plus de cent séances de rayons X (pendant des années, elle y est allée tous les 15 jours).

Grosse amélioration, mais pas de guérison.

En 1916, ulcération augmente de nouveau. La malade consulte des médecins de passage. On a repris les rayons X et les cautérisations (une séance tous les 15 jours, pendant deux ans). Ces séances ont été continuées jusqu'à présent.

La lésion sur le nez est restée stationnaire, mais a envahi toute la lèvre supérieure.

Actuellement : lésion portant sur l'extrémité du nez, ayant envahi les narines droite et gauche et la lèvre supérieure, presque jusqu'au niveau de la muqueuse.

Cette ulcération est creusée, avec fond bourgeonnant et saignant. Les bords sont indurés et légèrement surélevés.

28 juin 1921. *Curiethérapie*. — Pose d'un appareil plat: surface traitée : 25 cm².

Gutta : 5 mm. Platine : 1 mm. Aluminium : 2/100.

2 juillet (11 heures). — Fin de l'application. Dose donnée : 18 Mcd, 80. Peau rouge sous l'appareil. Aplatissement de la tumeur.

17 septembre 1921. — La surface de la plaie est améliorée. Le fond reste rouge et creusé avec, par places, un petit trou comme creusé à l'emporte-pièce, avec fond jaunâtre.

A la lèvre, tout autour de la partie ulcérée, les bords sont rouges et un peu durs.

La lésion du nez est rouge et recouverte d'un enduit crôteux jaunâtre. Les bords des narines sont très améliorés.

5 octobre 1921. — La partie de la lésion de l'extrémité du nez fait des progrès de cicatrisation. Il reste une petite partie ulcérée au niveau de l'extrémité de la cloison. Sur la lèvre supérieure, il persiste, surtout en bas, une induration certainement néoplasique qu'il y aura lieu de traiter ultérieurement.

La malade retourne à Poitiers. On conseille des pansements jusqu'à amélioration définitive de la lésion nasale.

13 décembre 1921. — Dimensions de l'ulcération : a.b=1,7 ; c.d.=1,8 ; e.f=2 ; g.h.=1.

Actuellement, l'ulcération a repris ses dimensions primitives.

Du côté droit, la cicatrisation n'a plus fait de progrès. Au contraire, la surface atteinte semble s'être étendue.

Cloison : sans changement.

Lèvre supérieure : extension des lésions. La plaie ulcérée, à fond anfractueux, bourgeonnant, affleure à la muqueuse de la lèvre, en sa partie médiane.

22 décembre. *Curiethérapie* (2^e traitement) :

Pose d'un appareil de surface, moulant la région du nez et de la lèvre supérieure.

Cet appareil est composé d'une plaque de cire (1 cm.), moulée sur la région et maintenue à une distance de 2 centimètres de la peau par des pilotis en liège.

12 foyers d'émanations. — Etais Platine 1 mm., plus aluminium 2/100.

27 décembre 1921. — On remplace les ampoules d'émanations par des ampoules plus fortes.

Dose donnée du 22 au 30 décembre 1921 :

63,78 Mc. :

Surf. 35 cm²;

Dist. 2 cm. :

Par cm² 1,89.

15 février 1922. — Assouplissement de toute la région, sauf sur le bord libre de la lèvre supérieure, sur la ligne médiane et le moignon de la narine gauche.

Zone dénudée : lèvre supérieure, bande verticale de 14 mm. de large et au nez, la tranche de section. Tout le reste est épidermisé.

10 mai 1922. — Rougeur en papillon du nez et des régions sous-orbitaires, s'arrêtant en dehors sur une verticale passant par la commissure externe des

paupières. Il ne reste comme surfaces ulcérées que :

1° *Nez* : côté droit, bande correspondant à la tranche dénudée des os propres du nez (cartilage détruit).

Ligne médiane, bande correspondant à la tranche de la cloison médiane.

2° *Lèvre* : petite ulcération médiane de 7 mm. de diamètre, à bords non éversés, mais entourée d'une zone épaissie, un peu dure, surtout à la partie inférieure, entre l'ulcération et le bord libre de la lèvre, sur la ligne médiane.

Point suspect.

Pas de ganglions perceptibles au palper.

5 juillet 1922. — Cicatrisation très avancée, mais non complète sur la cloison et sur la lèvre. Sur la lèvre, persistance d'une induration suspecte.

18 octobre 1922. — Le nez, c'est-à-dire ce qui reste des narines et la cloison, sont cicatrisés. La peau est télangectasique, mince, adhérente au squelette.

La lèvre, dans sa partie médiane n'est pas cicatrisée. Il reste une petite ulcération circulaire de 12 à 15 mm. de largeur, 10 mm. de haut, reposant sur une base indurée.

Octobre 1922. — Opération faite à Chantin par le docteur Desplas.

Excision circulaire de toute la partie malade, en dépassant sur toute la périphérie de 3 à 4 mm. la zone indurée.

On fend la lèvre supérieure dans toute sa hau-

teur. Grattage de la cloison médiane. Les os propres du nez ne sont pas intéressés par l'opération. Etant donné l'étendue de la perte de substance, le rapprochement des deux bords de la plaie n'est pas possible. D'autre part, les orifices des narines sont de ce fait, considérablement réduits.

Pour permettre plus de glissement de la peau, on pratique de chaque côté, à la partie moyenne des deux lambeaux, une excision horizontale de 3 à 4 cm. de long, donnant ainsi une plaie en croix. La suture se fait aussi complète que possible. Mais il persiste malgré tout, au centre, un point qui ne peut être comblé.

Les suites opératoires sont normales.

Au sixième jour, ablation des fils. Il persiste une zone centrale, grosse comme une pièce de 0 fr. 50 non comblée.

28 mars 1923. — Cicatrisation parfaite, sauf en un petit point de quelques millimètres. Souplesse partout. Aucune trace de néoplasme.

8 décembre 1923. — Guérison (Lettre du docteur Ducellier).

22 octobre 1924. — Nouvelles de la malade. Aucun changement n'est survenu dans son état de santé. Elle ne souffre jamais, et aucune trace de plaie ne s'est formée.

10 mars 1926. — Bonnes nouvelles.

14 avril 1926. — Guérison apparente complète. Seulement la malade saigne du nez très facilement. La peau de la lèvre, sur la ligne médiane, au niveau

de la cicatrice. est soudée au plan osseux sous-jacent. Souplesse parfaite de la peau. Pas de ganglions.

12 mars 1927. — Récidive, sous forme d'ulcération occupant le bord externe de la narine gauche, reposant sur une base indurée, assez limitée, mais adhérente au massif osseux sous-jacent.

19 mars 1927. — *Opération du docteur Hautant.*
Sur le pourtour des narines, ulcération creuse, à bords légèrement indurés.

Excision de tout le rebord des narines, en restant à 1 centimètre en dehors des lésions. Ablation de la partie antérieure du plancher nasal.

Pose de trois tubes d'émanations en un tube de radium de 50 Mcd-H.

Valeur initiale :

Emanations = 7,84 ;

Radium : Mcd-H ;

Filtr. Platine = 1 mm.

21 mars 1927. — La température monte à 40°. On retire les tubes. On est obligé de tamponner la cavité en raison de l'hémorragie existante. Dose donnée du 19 au 21 mars, soit deux jours :

Emanations : 2,75 mcd.

Radium : 2,9 Mcd.

= 5,65 Mcd.

22 mars 1927. — OEdème, avec rougeur violacée de l'oreille gauche. La malade fait un érysipèle.

29 avril 1927. — La malade va bien. Petits fragments osseux en voie d'élimination sur tout le pourtour de la plaie.

Otite droite suppurée.

12 octobre 1927. — Bon état général et local.
Séquestre osseux sur toute la moitié droite de l'ouverture des fosses nasales, encore très adhérent et non mobilisable.

Pas de ganglions.

Examen histologique : 17 novembre 1922.

Epithélioma pavimenteux, non épidermoïde.
Epithélioma baso-cellulaire. Cordons découpés. Mitoses nombreuses. La lèvre supérieure est envahie dans une bonne partie de son épaisseur.

1^{er} mars 1929. — Bon état.

Mme Gui..., 72 ans.

22 février 1921. — Début il y a deux ans, par un petit bouton qui s'est accru progressivement et qui saignait facilement.

Etat actuel : La malade porte sur l'aile du nez, à gauche, tout près du sillon naso-génien, une petite tumeur arrondie de 8 à 10 mm. de diamètre, recouverte de croûtes.

On enlève la tumeur sous anesthésie locale, pour biopsie.

22 février, 11 heures. — Première application.
Pose d'un appareil plat, en gutta.

2 tubes os-étain-platine : 1 mm.

22 février : 10 h. 30. 26 février : 10 heures.

					Dose donnée.
253-X	4,60	---	2,24	=	2,36 Mcd.
253-Z	4,91	—	2,41	=	2,55 Mcd.

9,56 4,65 4,91 Mcd.

Irradiation tout à fait insuffisante (D^r Regaud).

5 mars 1921. — La plaie a diminué de moitié et est en voie de cicatrisation. Pas de réaction.

6 avril 1921. — Bon état.

3 décembre 1921. — La malade envoie de ses nouvelles : bon état.

13 juillet 1922. — Depuis deux mois, il y a récidive d'allure très lente.

Etat actuel : Il existe sur l'aile gauche 4 petites tumeurs de la taille d'une lentille, chacune formant un zone indurée, haute de 15 mm., large de 7 mm., épaisse de 5 mm., tenant toute l'épaisseur de la narine. Volume : 1/2 centimètre. Aucun ganglion.

2^e traitement : Pose de quatre aiguilles faibles, 18 mm. db Pt. 0,4 mm. Anesthésie novocaïne.

665 B 1,49 — 0,62 — 0,87
 C 1,49 — 0,62 — 0,87
 D 1,49 — 0,62 — 0,87
 E 1,49 — 0,62 — 0,87

5,96 2,48 3,48 Mcd.

Temps d'application : 94 heures.

Volume irradié = $20 \times 20 \times 5 = 2$ cc. environ.

6 décembre 1922. — Il y a eu une période de

guérison apparente de deux mois. Actuellement :
récidive certaine.

7 décembre 1922. — Curiethérapie (3^e traitement).

Pose d'un appareil nasal en pâte colombia.

14 décembre 1922. — Ablation de l'appareil.

Dose donnée du 7 au 14 décembre 1922 (109 heures).

11,98 Mcd.

Surf. 4 cm².

Dist. 6 mm.

Filtr. Platine 1 mm.

Par cm². = 3 Mcd.

27 décembre. — Le point maximum de la réaction correspond très exactement à la région traitée.

3 janvier 1923. — Lésion en voie de cicatrisation.

6 décembre 1923. — Lettre : La malade ne peut venir à Paris en hiver. Viendra plus tard, car il reste toujours une petite croûte.

15 octobre 1924 (D^r Regaud). — Surface ulcérée, occupant toute la narine gauche, arrondie, de 15 à 20 mm. de diamètre, à surface jaune, nécrotique, habituellement couverte d'une croûte. Dans la narine, autre surface ulcérée, également recouverte de croûte. Entre ces deux surfaces, interne et externe, narine épaissie.

Une biopsie, faite dans la narine, montre une partie principale à structure de bourgeon charnu, nécrosé, et une région très petite, mais nette, per-

mettant d'affirmer récurrence d'épithélioma baso-cellulaire. On décide de pratiquer l'exérèse de la lésion qu'on n'espère pas guérir par une quatrième application.

25 octobre 1924. — Opération par le docteur R.-B.

Excision de la narine. Suture de la muqueuse à la peau.

Examen de la pièce : excision peu satisfaisante en haut et en dehors.

5 novembre 1924. — Cicatrisation très avancée.

10 juin 1925. — Plaie parfaitement cicatrisée. Aucune trace de récurrence.

12 septembre 1925. — Récurrence à la partie inféro-externe de la cicatrice, sous forme d'une petite pastille ulcérée de 1×1 cm. Epaisseur 4 mm. Mobile sur les plans profonds. Seule, la peau paraît envahie. Pas de ganglions perceptibles.

14 juin 1926. Curiethérapie (4^e traitement). — Pose d'un appareil irradiant le versant droit du nez. Appareil en pastille, avec protection de l'arête du nez par plomb, 2 cm.

18 juin 1926. — On interrompt l'application.

21 juin 1926. — Reprise de l'application et nouvelle charge d'émanation.

23 juin 1926. — Fin de l'application.

Dose donnée du 14 au 23 juin (9 jours) :

13,75 Mcd.

Surf. 5 cm².

Dist. 8 mm.

Filtre. Platine 1 mm.

Par $\text{cm}^2 = 2,75$ Med.

2 février 1927. — La malade raconte que la région irradiée a été désépidermée sur toute son étendue, puis la cicatrisation est survenue.

Depuis quelque temps, réapparition d'une petite ulcération juste au point traité; à enlever chirurgicalement.

5 février. — Opération (D^r R...-B...) :

Excision de l'ulcération siégeant sur le rebord de la narine gauche.

Anesthésie locale.

Examen histologique (n° 8.304) :

Epithélioma infiltrant et ulcéré, ne présentant pas d'évolution épidermoïde vraie, mais rappelant le type intermédiaire en certains points. Ailleurs, structure pseudo-glandulaire ou cylindro-mateuse.

21 octobre 1927. — Sur la partie interne de la joue, sur la cicatrice opératoire, petite ulcération à fond jaunâtre nécrotique, que l'on croit devoir traiter par la chirurgie.

25 octobre 1927. — Opération du D^r Hautant :

Excision large et profonde de tout ce qui reste de l'aile gauche du nez et du pourtour du sillon nasojugal. L'incision va jusqu'à l'os et atteint le fond du sillon maxillo-labial supérieur, faisant ainsi communiquer l'extérieur avec la cavité buccale.

Examen histologique : Epithélioma décrit au n° 8.304.

3 décembre 1927. — La cicatrisation marche

très rapidement. La malade ne souffre plus du tout. L'ouverture qui faisait communiquer la plaie avec le sillon maxillo-labial est fermée. La plaie se comble rapidement.

1^{er} mars 1927. — Guérison maintenue.

Mme Blo..., Marie, 57 ans.

Début il y a un an (avril 1920), par une rougeur sur la pointe du nez. On la traite par des scarifications. La lésion grossit, suppure un peu. Le docteur Ravaut fait deux applications d'électro-coagulation. Grosse réaction, mais insuccès complet. La malade est envoyée pour traitement par le radium.

13 avril 1921. — Sur l'arête du nez, débordant sur les deux ailes, lésion ulcérée ovalaire, à grand axe vertical, à bords irréguliers, taillés à pic, à fond humide, rouge, bourgeonnant.

Hauteur : 1 cm. $1/2$; grande largeur : 6 cm.; petite largeur : $1/2$ cm.; surface : $1\text{ cm}^2\ 1/2$ environ.

Elle est encadrée d'une zone surélevée, dure, rouge, non ulcérée, formant un bourrelet périphérique de $1/2$ cm. de large.

L'ensemble forme une masse peu mobile, indolore.

Dimensions totales du néoplasme : hauteur, 27 mm; largeur, 22 mm.

Petit ganglion sous-maxillaire à droite.

21 avril 1921. — Première application.

Pose d'un appareil moulé, en cire rouge, conte-

nant 7 foyers d'émanations dans des étuis de platine :
1 mm. et 1,5 mm. + 2/100 al.

21 avril, 12 h. : 27,37.

25 avril, 11 h. : 13,44.

Dose donnée du 21 au 25 avril 1921 :

13,96 Mcd. en 95 heures.

11 mai 1921. — Dimensions : hauteur : 21 mm.
largeur : 14 mm.

Sur le bord droit du néoplasme, il y a toujours
un bourrelet un peu dur.

20 juillet 1921. — Cicatrisation presque com-
plète, sauf en un point du centre de la région traitée,
où persiste une petite fistule qui suppure. L'explo-
ration au stylet ne permet de trouver aucune com-
munication avec la narine.

28 juillet. — Les bords de la petite plaie s'in-
durent. L'orifice se creuse et continue à suppurar
et il n'est pas douteux que le néoplasme continue à
évoluer.

28 juillet. — Deuxième application.

Pose d'un appareil plat en cire et d'une sonde
en gomme introduite dans la narine droite, conte-
nant 3,64, enlevé le samedi 30 à 12 heures : 2,56 ;
Mcd. 1,08.

Quatre ampoules d'émanation dans étuis pla-
tine : 1 mm. + 2/10 d'al.

Tubes.

Val. le 28 juill. à 11 h.	Val. le 1 ^{er} août à 10 h.	Dose donnée
3,46	1,71	1,75
3,48	2,56 (val. le 30 juill. 21)	1,08
3,64	1,72	1,82
3,96	1,95	2,01
14,54	7,94	6,66

1^{er} août 1921. — Ablation de l'appareil :

6,66 Mcd. en 94 heures.

L'appareil a bien tenu en place.

15 septembre 1921. — Petite ulcération haute de 7 mm. ; large de 11 mm. à bords décollés à la partie externe, laissant sourdre en cet endroit un peu de pus.

Légère induration à la partie supérieure, avec téguments violacés (néo ou infection ?).

Congestion de la muqueuse nasale.

28 septembre 1921. — Agrandissement de l'ulcération qui a pris une forme rectangulaire, à bords décollés, à fond rouge, avec quelques gouttes de pus. Saillie dans la narine droite. Biopsie.

15 octobre 1921. — Troisième application d'un appareil de cire blanche, 5 mm. Al. 2/100 ; Platine : 1 mm. à 1 mm. 1/2, contenant 14 tubes d'émanations.

Dose donnée : 21 Mcd. en 96 heures.

L'application a duré du 15 ou 19 octobre 1921.

26 octobre. — Rougeur de la peau.

2 novembre 1921. — Rougeur diffuse, étendue à tout le versant droit du nez et aux paupières. Au niveau de la commissure palpébrale interne, la lésion s'est accompagnée de vésication et la peau est maintenant couverte de croûtes. Ces lésions sont dues aux rayonnements B, qui se sont échappés de la plaque, par l'intervalle des deux lames de plomb.

9 novembre. — La lésion commence à s'apaiser.

23 novembre. — La cicatrisation de la plaie du nez s'accroît.

La narine droite est fendue, mais semble guérie.

Sur la pointe du nez, formant le bord antérieur de la fente signalée, petite nodosité, grosse comme un grain de chènevis, qui est douloureuse à la pression, mais pas très dure.

Au-dessus et en dehors de la pointe on remarque un petit voile jaune de radio-nécrose; au-dessus, la plaie de radiumépidermite en voie de cicatrisation, s'étendant sur toute l'arête du nez en une bande de 1 centimètre de large, s'élargissant à la base du nez où elle atteint 2 centimètres de large, puis gagnant le rebord orbitaire supérieur où elle se termine à 2 centimètres environ de la ligne médiane.

La paupière supérieure droite est rouge sur ses bords œdématisés légèrement; les cils sont brûlés sur la moitié interne; la conjonctive oculaire est légèrement infectée.

L'œil est larmoyant. La malade se plaint toujours de picotements dans l'œil, avec impression de

brouillard qui gêne la vision. Larmoiement continu.

14 décembre 1921. — La radiumdermite est complètement guérie. Il persiste, sur la pointe du nez (bord antérieur de la fente), un petit bouton dur, un peu sensible, suspect.

28 décembre. — Cicatrisation complète de la lésion, sauf une petite surface circulaire de 2 ou 3 mm. un peu à droite de l'arête du nez et qui paraît correspondre à l'extrémité des os propres du nez (point de nécrose osseuse).

La peau de la région inter-naso-palpébrale est toujours rose. La muqueuse est normale (D^r Regaud).

11 janvier 1922. — Même-état. La guérison semble avoir été complètement obtenue.

La malade raconte qu'elle vient d'avoir une poussé d'œdème, avec démangeaisons dans la région traitée (érysipèle probable).

18 janvier. — OEdème de la paupière inférieure droite, avec conjonctivite à l'angle palpébral externe, petite excoriation recouverte d'une croûte.

L'état du nez est le même.

25 janvier 1922. — Guérison apparente. La suppuration de la paupière a disparu. Il existe seulement une petite ulcération croûteuse au niveau de l'arête du nez. La malade semble guérie.

15 février 1922. — Induration, volume d'un pois, avec rougeur de la peau au-dessus de la narine droite. Récidive probable.

20 février. — Au-dessus de la narine droite, la lésion signalée le 15 février n'a pas augmenté. Il s'agit d'une petite tuméfaction à contours diffus, recouverte d'une peau un peu rosée et non doulou-

La nature néoplastique de cette lésion est douteuse.

1^{er} mars 1922. — Etat sensiblement stationnaire, mais la lésion est un peu plus rouge et la région non douloureuse, l'est devenue.

Evolution néoplasique non certaine.

15 mars. — Sur le nez et à la face interne de la joue; sur un emplacement dessinant très exactement les contours de l'appareil, rougeur violacée des téguments, d'aspect inflammatoire. Sur la narine, le petit nodule constaté suppure légèrement par un petit orifice de perforation; on sonde avec un stylet les parties profondes. On ne trouve pas de surface osseuse dénudée ni de séquestre (évacuation de 2 gouttes de pus). On décide de surseoir à l'application et de faire des pansements humides.

21 mars. — Prélèvement de pus pour autovaccin.

29 mars. — L'ulcération a fait des progrès.

Dimension circulaire : 10 mm. fond jaune; aspect radionécrotique; profondeur : 3,4 mm. Epaissement de la narine, d'aspect suspect. Au niveau de l'ulcération, l'épaisseur des tissus envahis par l'inflammation est de 12 mm. (mesures de l'ulcération à la muqueuse nasale).

1^{er} avril 1922. — Quatrième application.

Appareil en cire, moulant le nez, ne portant pas sur la zone ulcérée et l'ulcération (appareil évidé).

Distance tubes-peau : 15 mm.

Surface traitée : carré de $25 \times 25 = 6,25 \text{ cm}^2 =$ surf. radiante.

Nombre de tubes : 6 de 25 Mcd.

Filtration : Platine 15/10 + Al. 25/100 + Cire 5 mm.

Valeur initiale : $3,3 \times 6 = 20$ millig. Ra. El.

Intensité : 150 Mcd.

Pour éviter la macération et l'infection, l'appareil est évidé au niveau des lésions, la cire n'appuie que sur de la peau saine.

Pour protéger l'œil et la joue, la zone radiante est entourée, en haut et en dehors, d'une lame de plomb : 2 mm.

4 avril. — Toute la surface recouverte par l'appareil est d'un rouge vif intense, pas plus marqué d'ailleurs au niveau des foyers radiants. Aucune douleur locale.

6 avril 1922. — Ulcération :

Horizontale : 12 mm.;

Verticale : 9 mm.;

Profondeur : 9 mm.

Fond sphacélique.

On enlève l'appareil parce que l'ulcération est entourée d'une zone rouge et œdémateuse, qui fait craindre une infection grave.

Durée de l'application : 15 jours.

Dose donnée : 18,75 Mcd.

Dist. opératoire : 15 mm.

Nombre de tubes : 6 Ra. 25 Mcd. h.

Filtration : Pt 1,5 mm. + Al. 5/100 mm. + Cire
5 mm.

Surface radiante : 6,25 cm².

Valeur initiale : 150 Mcd. h. = 20 millg. Ra. El.

11 avril 1922. — La peau est très rouge dans toute la région traitée et autour d'elle. La petite tumeur s'est creusée par élimination de tissu spacélé.

24 avril. — Rougeur de la peau, diminuée par rapport à l'examen précédent.

A la place de la tumeur, cavité tapissée par des tissus jaunes.

7 juin 1922. — Reviendra mardi pour avoir l'avis du docteur Roux-Berger.

14 juin. — Envoyée au docteur Hautant pour opération.

Les lésions radio-nécrotiques vont en creusant.

6 juillet 1922. — Opération du docteur Hautant.

Résection du nez : on trouve la cloison médiane envahie jusqu'à sa partie supérieure, mais la lame criblée ne paraît pas atteinte; par contre, l'ethmoïde est suspect, mais le sphénoïde paraît sain; le sinus maxillaire est ouvert et paraît à l'abri de l'envahissement néoplasique. On enlève la cloison médiane en entier, les cornets, une partie de l'ethmoïde; on résèque la partie supérieure de la lèvre supérieure et le rebord osseux y adhérent.

On applique une douzaine de tubes d'émanations filtrées par : Pt 1 mm. + Al. 2/100 mm. + caout-

chouc : 2 mm.; 6 tubes sont disposés en douves de tonneau, horizontalement, tapissant les parois supérieure, inférieure et latérale; on empêche leur chute en arrière par un tamponnement serré au niveau des choanes. Six autres tubes sont placés en hexagone, au niveau de la zone cutanée, dans le plan frontal, perpendiculairement aux précédents. Tamponnement serré.

Temps de l'application : 4 jours ; ablation le 10 juillet 1922.

Tubes : 12; valeur initiale : 105,54; val. : 51,34; dose : 54,20 Med.

26 octobre 1923. — Vaste cavité occupant l'emplacement du maxillaire supérieur droit (totalement détruit, y compris le plancher de l'orbite) et du maxillaire supérieur gauche, presque complètement détruit. Os propres du nez détruits. Cloison osseuse complètement détruite. Ethmoïde détruit dans sa plus grande partie. Palais osseux complètement absent. Le voile du palais subsiste.

Cicatrisation : état normal de la plus grande partie de cette cavité.

Quelques points d'ostéo-nécrose restent à éliminer.

Aucune trace de néoplasme. On envisage la possibilité d'une prothèse dans quelques mois. Très grande gêne pour la déglutition, en raison de l'absence du palais.

12 novembre 1924. — Lettre du docteur de Pradel (concernant plusieurs malades).

« La malade souffre toujours un peu, sans aggravation. Je lui ai retiré, il y a un mois environ, un séquestre venant du maxillaire supérieur gauche, qui la gênait. »

1^{er} décembre 1925. — Cicatrisation de la cavité. Le moment paraît venu de l'appareiller et on l'enverra, dans ce but, au docteur Guilly.

3 mars 1926. — La malade est appareillée et parle beaucoup mieux. Elle se plaint de ne plus voir très clair.

Mars 1927. — Très bon état. La malade, atteinte de cataracte, sera opérée ultérieurement.

Anatomie pathologique :

Epithélioma épidermoïde, type cutané; évolution typique (fragments de cartilage dans la biopsie).

Mars 1929. — Très bon état.

Mme B..., Jeanne, 56 ans.

Tumeur bourgeonnante et ulcérée de la partie médiane de la face, ayant détruit le nez, la lèvre supérieure et une partie des joues.

A. H. — Père mort à 73 ans. Mère morte à 53 ans, cardiopathie. Une frère mort en bas âge du croup. Une sœur morte à 44 ans, d'accident. Une sœur 68 ans, bien portante.

A. P. — Diphtérie, coqueluche, bronchites, dans l'adolescence. Réglée normalement de 10 ans à 42 ans. Mariée, mari mort à 33 ans d'insolation. Quatre

grossesses, 2 accouchements prématurés : 1 fils de 31 ans et un second de 25 ans, bien portants.

Maladie actuelle. — Début il y a 18 ans (1906), par une petite verrue de la taille d'un pois, située sur la face latérale droite du nez. Un an après, apparition d'une seconde verrue de la même taille, située un peu plus haut, sur la racine du nez.

Traitée à ce moment par injections interstitielles d'iodure de K et par électrolyse, sans résultat.

Trois ans après, sortant en cercle, sur les faces latérales du nez et successivement, 5 à 6 petites nodosités de la taille d'un grain de mil, paraissant situées dans l'épaisseur de la peau. Traitement par 3 séances de rayons X et une quinzaine de séances de fulguration.

Amélioration passagère, puis, un an après, ulcération successive des nodosités : les ulcérations se rejoignent; traitement par Hg. pendant 2 ans; les lésions demeurent stationnaires (1914).

De 1914 à 1917, alternatives de cicatrisation et de récides d'ulcérations, puis cicatrisation de nouveaux grains (nodules lupiques probables).

« En même temps, la malade a la sensation que sa figure est de bois. »

Traitement homéopathique (R. W. négatif); puis auto-vaccin (laboratoire municipal de Cômes, 1922-1923).

A ce moment, toute une portion s'étendant, du milieu de chaque région sous-orbitaire, en largeur et en hauteur, depuis la racine du nez jusqu'à la sous-

cloison, est ulcérée, bourgeonnante, recouverte d'un enduit sanieux. Les parties molles et cartilagineuses du nez se sont effondrées à la suite d'un traumatisme violent.

Au début de mai 1924, l'ulcération s'étend et gagne la lèvre supérieure en entier et déborde largement les deux sillons naso-géniens.

La malade consulte au début d'octobre 1924, à l'Institut du Radium. — Biopsie (D^r Monod).

16 octobre 1924. — Etat actuel :

Large ulcération circulaire, médio-faciale, à développement symétrique, bourgeonnante, de 8 centimètres de large et de 8 cm. de haut. Les limites maximum sont : en haut, au niveau de la racine du nez, une ligne horizontale passant par les deux pupilles (la lésion respecte les yeux); en bas, une ligne passant par le bord inférieur de la lèvre supérieure envahie en totalité; en dehors, à gauche, une ligne passant par la commissure externe de l'œil; en dehors, à droite, une ligne passant un peu en dehors de la commissure externe de l'œil droit.

Au centre de l'ulcération, se trouve une perforation de 2 cm. 5 sur 3 cm. correspondant à un effondrement nasal.

La peau est disparue sur toute l'étendue de l'ulcération et est remplacée par un bourgeonnement irrégulier. L'ensemble est limité par un bourrelet périphérique irrégulier de 3 à 5 mm. de haut.

Au niveau de la lèvre supérieure, la muqueuse est souple et mobile, sur la lésion. Le doigt, intro-

duit dans le sillon gingivo-jugal supérieur, soulève une muqueuse extrêmement mince qui, seule, separe l'ulcération nasale de la cavité buccale.

Pas d'adénopathie.

16 octobre 1924. — Début du traitement par rayons X.

3 novembre 1924. — (26,5 U. II.) Affaissement diffus de la tuméfaction, surtout au niveau de la lèvre supérieure.

Communication de la cavité buccale avec la région sous-nasale, par destruction de la partie supérieure de la lèvre supérieure. Cette communication existe, au dire du malade, depuis trois mois. La partie antérieure de la gencive supérieure est ramollie et infiltrée par le néoplasme, d'où la nécessité d'augmenter un peu la dose.

Modification dans la moitié inférieure de la partie envahie.

Au niveau de la racine du nez et dans la région sous-orbitaire, la modification est moindre.

Réaction de la muqueuse de la lèvre inférieure. Le traitement est suspendu. Bon état général.

10 novembre 1924. — Fin de la réaction des muqueuses. Reprise du traitement.

La moitié inférieure de la lésion est complètement aplatie, alors que la partie supérieure, la racine du nez, est encore recouverte de bourgeons et de croûtelles. A noter que la moitié inférieure est irradiée avec un champ qui débordé largement la lésion,

alors qu'à la partie supérieure, le champ est limité à la lésion, en raison du voisinage des yeux.

12 novembre 1924. — Deux biopsies sont faites sur le bord nasal et sous-orbitaire de l'ulcération, après 36,5 U. H.

Résultat histologique : pas de stérilisation.

19 novembre 1924. — 43 U. H. Dimensions de l'ulcération : largeur 70 mm. sur une hauteur de 76 mm.

20 novembre. — Deux biopsies nouvelles sont faites sur le bord sous-orbitaire droit de l'ulcération, après 46 U. H.

Résultat histologique : première biopsie faite sur le rebord orbitaire droit, angle interne est stérile.

La seconde biopsie faite sur la partie médiane de la région sous-orbitaire droite, contient encore quelques cellules néoplasiques vivantes isolées, en petit nombre.

1^{er} décembre 1924. — Une biopsie est pratiquée après 49 U. H.

Résultat histologique : Les fragments pris sur le bord gauche de l'ulcération, paraissent complètement stériles. Les fragments provenant de la partie supérieure du nez et au voisinage des paupières, contiennent encore quelques cellules néoplasiques dégénérées, mais encore en évolution.

4 décembre. — Dimensions de la lésion :

Hauteur maxima de la lésion = 68 mm.

Largeur maxima de la lésion = 64 mm.

Ces dimensions sont prises en dehors de la couche cornée. La plaie et les bourgeons sont complètement affaissés. Il existe tout autour de la lésion, à la limite de la peau saine, un bourrelet corné, paraissant constitué uniquement par des cellules en voie de dégénérescence. Bon état général. Pas de gêne de la langue. Pas de réaction buccale.

Une nouvelle biopsie est pratiquée à l'union de la région sous-orbitaire gauche et de la région jugale gauche, après 50,5 U. H.

6 décembre 1924. — Fin du traitement. Dose totale : 53 U. H. en 22 H. 35, échelonnées sur 51 jours.

9 décembre. — Cicatrisation très rapide. Il existe à gauche, vers la joue, une même saillie blanchâtre, sinueuse de 1 à 2 mm. de haut ; 2 à 3 mm. de large ; 5 à 6 cm. de long, dure au toucher. Elle se reproduit, moins marquée à droite, constituant une sorte de bourrelet irrégulier périphérique.

A l'intérieur de cette cavité, la prolifération épithéliale nouvelle, recouvre une partie de l'ulcération. Le développement de cet épithélium a été de près de 3 mm. en 3 jours, dans certains points.

Des prélèvements pratiqués sur la peau au niveau de ce rebord, ont été très douloureux ; le tissu sous-jacent saigne anormalement. Ces biopsies ont été considérées comme positives. M. le Dr Lacassagne les déclare négatives. Elles ne ressemblent nullement à l'épithélioma primitif qui est épidermoïde, type des muqueuses, alors que des prélèvements

montrant une prolifération épithéliale type cutané.

23 décembre 1924. — La cicatrisation est à peu près totale. Un épiderme neuf a recouvert toute l'ulcération cutanée très rapidement. Le bourrelet périphérique corné où quelques-unes des biopsies furent pratiquées, s'est affaissé, mais n'est pas encore disparu.

7 janvier 1925. — Amélioration rapidement progressive.

26 février 1925. — Bon état local.

6 avril 1925. — Lettre : semble en bon état au point de vue local et général.

16 mai 1925. — Bon état local. Pas de surfaces bourgeonnante ni hémorragique.

22 septembre 1925. — Vient se montrer avec une petite récidive au niveau de la muqueuse nasale. Tissus mous, friables, saignant au toucher. En outre, le bord droit de la joue est moins souple que le bord gauche. La paroi droite de la fosse nasale n'est pas saignante, mais elle présente un aspect grisâtre de radionécrose.

En somme : radionécrose, plus absence de stérilisation, du fait d'un trop long échelonnement : plus d'un mois.

16 octobre 1925. — Opération du D^r Hautant.

Excision de la partie antérieure du palais. Excision triangulaire à sommet postérieure, à base allant de la cavité droite à la première molaire gauche.

Verticalement, l'incision passe en avant des cornets inférieurs et déborde plus à droite qu'à gauche.

La cloison nasale a été coupée en son milieu sur le plancher nasal. Les os propres du nez à 1 cm. environ de l'extrémité antérieure.

Posc de 12 tubes ; Platine : 1 mm. contenant un tube d'émanation.

20 octobre 1925. — Ablation des tubes.

Dose donnée du 16 au 20 octobre, soit 4 jours = 11,60 M.c.d.

25 novembre 1925. — Lettre du médecin : « Bon état ».

18 octobre 1926. — Guérison en apparence complète. La malade sera appareillée ces jours-ci, par le Dr Gilly.

14 octobre 1927. — Etat général tout à fait satisfaisant.

Localement : extérieurement, aucune trace de lésion ; intérieurement, sur le rebord droit de la brèche opératoire, première grosse molaire supérieure branlante. Sur le plancher des fosses nasales, correspondant aux racines de cette molaire, petit bourgeon dur, gros comme un pois, sur lequel une biopsie est pratiquée. Dans le fond des fosses nasales droites, petite tumeur allongée, molle, qui paraît être polypeuse.

21 octobre 1927. — *Examen histologique* : « Pas de néoplasme. Epiderme épaissi. Infiltration plasmocytaire sous-jacente. »

Biopsie (septembre 1924) :

Epithélioma végétant, à évolution épidermoïde, peu marquée, selon le type des muqueuses. Cellules

polyédriques prédominantes. Architecture en cordon assez confluent.

OBSERVATION VII

M^{me} Lar... Sidonie, 69 ans.

La malade est envoyée à l'hôpital pour une tuméfaction ulcérée du rebord orbitaire du maxillaire supérieur et de la face interne de l'orbite gauche, lésion qui est devenue très douloureuse.

Le début de l'affection remonte à la fin de la guerre ; la malade dit avoir reçu un fort coup dans la région du sourcil gauche. Deux ou trois mois après, elle s'aperçoit de la présence d'une tuméfaction déformant le rebord orbitaire du maxillaire supérieur gauche.

La malade allait à Saint-Louis depuis le commencement de la guerre pour faire disparaître, par la radiothérapie, une petite verrue qu'elle avait sur le flanc gauche de la racine du nez. On lui fit également des rayons sur la tuméfaction pendant trois ans environ, avec des périodes de repos intercalaires.

Il y a six mois, quelques accidents sont survenus (douleurs dans la tête, œdème considérable de la région orbitaire gauche externe, perte des cheveux).

Jusqu'à ces derniers temps, l'état local de la tuméfaction est resté le même.

Mais depuis plusieurs mois, la malade ressent par moments quelques petits élancements fugaces dans la région malade.

Œil fermé depuis deux mois, sans que la malade puisse l'ouvrir.

Il y a trois mois environ, une ulcération est apparue. D'abord localisée à la racine du nez, près de l'orifice lacrymal, elle gagna rapidement « comme une coupure de couteau », tout le rebord orbitaire ; elle n'était pas douloureuse au contact. Une sérosité sanieuse s'en échappait. Les tissus voisins s'œdématisèrent et l'œil gauche resta fermé.

Depuis un mois, les douleurs ont considérablement augmenté. D'allure paroxystique, elles déburent à la nuque et s'étendent à tout l'hémicrâne du côté gauche. Elles s'accompagnent parfois de sensations anesthésiques du même côté.

Il y a trois semaines, survient une hémorragie : spontanément, pendant que la malade faisait ses courses, le sang coula de la plaie avec assez d'abondance. Le renouvellement du pansement provoqua la reprise de cette hémorragie. Depuis, l'ulcération ne saigna plus.

A la suite de cette hémorragie, l'œil gauche put se rouvrir.

Depuis trois semaines, la malade se plaint avant tout de l'acuité des douleurs.

Au point de vue général, la malade a un peu maigri ; depuis longtemps elle mange peu, l'appétit ayant diminué.

Biopsie (N° 9.718) : 1^{er} décembre 1927. — Epithélioma formé de cordons ramifiés et anastomosés dans un stroma fibroblastique, élastique ou fibreux,

suivant les points examinés. Evolution épidermoïde à peine ébauchée ; mitoses peu nombreuses. En certains points, tendance à une disposition cylindromateuse (une partie du prélèvement est malheureusement écrasée).

Actuellement : 19 décembre 1927. — A l'examen, il existe une vaste ulcération de la région orbito-nasale gauche ; les bords en sont nets, comme coupés au couteau, et semblant le résultat d'une incision chirurgicale qui n'a jamais eu lieu. La peau contournant immédiatement les bords, en dehors, est rouge, un peu irritée par les séances multiples de rayons X. Cette ulcération prend :

- Tout l'angle interne de l'œil gauche ;
- La moitié interne du rebord orbitaire supérieur ;
- Le tiers inférieur du rebord orbitaire inférieur ;
- La paupière supérieure est comme sectionnée et pendante dans son tiers interne ;
- Le globe oculaire conserve sa mobilité, mais est très enflammé ;
- L'ulcération a plus de 1 cm. de profondeur en dedans, et le stylet sent (on voit également) en dedans, dénudé, l'os propre et la branche montante du maxillaire supérieur ;
- L'ulcération saigne assez peu ;
- La sensibilité du sous-orbitaire est conservée ; de la lèvre supérieure également ;

— Rien à la rhinoscopie antérieure ou postérieure.

Compte rendu opératoire : 30 décembre 1927

Néo de l'orbite gauche, traité antérieurement par radium et rayons X : récidue.

Incision péri-orbitaire et diathermie.

Exantération de l'orbite.

Ablation des parois inférieure et antérieure du sinus frontal gauche.

Ablation de la moitié inférieure du rebord orbitaire, au-dessus du sinus maxillaire.

Ablation de l'os propre et de l'os lacrymal du côté gauche.

Revue le 1^{er} mars 1929, bonne santé.

OBSERVATION VIII

Mme Dou... Antoinette, 65 ans.

La malade entre à l'hôpital pour une ulcération siégeant sur l'aile gauche du nez et développée au niveau d'une ancienne tumeur, déjà traitée il y a six ans.

Le début remonte à vingt-huit ans.

C'était alors un petit bouton situé sur la narine gauche ; il était dur, indolent ; la peau était de couleur normale.

On le cautérisa une première fois, mais il revint un peu plus gros au bout de six ans. Une quinzaine de cautérisations furent ainsi pratiquées : chaque fois le bouton revenait plus gros, plus rapidement et, à

la fin, un peu douloureux à la pression : une zone d'environ 40 sous était dure, rouge, épaissie.

Peu à peu, la lésion s'agrandit, remonte sur l'aile gauche du nez ; les cautérisations n'ont plus aucune action, il y a six ans de cela.

C'est alors que la malade va à Saint-Louis, où l'on décide de la traiter au radium.

Un mois après, il n'y avait pas de changement. On pratique alors une biopsie sur la narine gauche, qui révèle une forme *spino-cellulaire*. Un nouveau traitement est institué (radium) et, au bout d'un mois, tout a disparu.

Un an ou dix-huit mois après, apparaît une petite rougeur à la base de ce qui restait de la narine gauche, qui a augmenté de volume très lentement. Il y a trois ans, ce bouton a suinté, sans odeur fétide, et s'est recouvert d'une croûte.

Puis peu à peu la région sous-orbitaire gauche est devenue rouge, la peau s'est épaissie et adhère. Enfin, la rougeur a gagné l'aile du nez, il y a environ dix mois, puis une ulcération a apparu : il en sort une sérosité très fétide et la plaie est très douloureuse et s'étend rapidement.

La narine gauche donne à la malade une sensation d'obstruction. Mais il n'y a pas de douleur spontanée.

Il y a trois semaines, la malade retourne à Saint-Louis, d'où on l'envoie à Curie. On décide là une intervention chirurgicale.

Compte rendu opératoire : 12 septembre 1927
(Néo de la face ; récidive.)

Néoplasme cutané de l'aile du nez ulcérée, traité par radium depuis quatorze ans.

Ablation de tout le néoplasme, de l'aile du nez et de la partie adjacente de la joue.

Résection de la partie gauche des os du nez.

Curettage des bourgeons.

Tamponnement.

Le 28 janvier 1929 : *Diathermo-coagulation* sur une petite tumeur siégeant à la partie antéro-inférieure de la cloison. On avait pensé à une récidive, ce qui a fait soumettre la malade à cette intervention. Mais l'examen histologique a prouvé que la tumeur n'était formée que de bourgeons charnus.

Examen histologique : N° 9.927 (26 janvier 1928) : Bourgeons charnus.

OBSERVATION IX

Mme Bou... Angèle, 58 ans.

En 1918, brûlure d'aluminium au niveau du sillon naso-génien droit. Il en est résulté une ulcération torpide de cette région, sans augmentation de ses dimensions.

En 1921, aggravation. OEdème autour de l'ulcération. Soignée par trois ou quatre séances de rayons X à Saint-Louis, l'ulcération disparaît et il reste simplement une joue rouge.

En 1925, très gros œdème local, puis vaste ulcération se produisant à nouveau (sans pus). A ce mo-

ment, l'ulcération est beaucoup plus grande, comme une pièce de 2 francs. Radiothérapie pénétrante (cinq séances, à Saint-Louis ; docteur Belot). Guérison pendant deux ans.

En 1927, récurrence avec gros œdème et ulcération. Même traitement, mais onze séances de radiothérapie profonde. Guérison pendant dix-huit mois.

En janvier 1928, récurrence et rayons infra-rouges : neuf séances. A la suite, pas d'amélioration locale, mais perforation buccale et état actuel.

Examen histologique (N° 10.421) : Epithélioma non épidermoïde à cellules fusiformes.

Actuellement : vaste ulcération de toute la région jugale et canine à droite. L'aile du nez a disparu. Les bords de l'ulcération sont nets, ne saignent pas ou peu. Liséré inflammatoire périphérique assez étendu.

Le fond de l'ulcération est constitué par des bourgeons durs, peu saignants, qui masquent la région osseuse du maxillaire supérieur et bouchent la narine de ce côté.

On voit une perforation conduisant à travers le plancher du maxillaire supérieur dans la bouche. La lèvre est respectée dans sa partie inférieure, et le doigt introduit dans le sillon gengivo-labial ressort par l'ulcération.

La perforation palatine se présente à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen du voile osseux ;

Pas de ganglions, sauf un petit ganglion d'appa-

rence banale, mobile, indolore, sous-maxillaire droit.

Rien à la rhinoscopie de l'autre côté ; rien de particulier à la rhinoscopie postérieure.

Compte rendu opératoire : 29 juin 1928

Excision de la moitié droite de la lèvre supérieure.

Résection de la cloison médiane, des cornets droits.

Excision d'une partie du palais. La portion enlevée a la forme triangulaire à base antérieure, s'étendant de la deuxième molaire droite au bord externe de la narine gauche.

On a fermé ultérieurement l'ouverture cutanée en unissant ce qui restait du lobule du nez au coin de la lèvre droite.

La malade est depuis en bonne santé.

On doit lui appliquer un appareil de prothèse pour obturer la brèche palatine.



FIG. I



FIG. II



Fig. III



Fig. IV

Le lambeau triangulaire à sommet A est rabattu de telle sorte que ce sommet vienne en A

Puis le lambeau frontal est tordu autour de son pédicule et vient s'appliquer sur la pyramide nasale.



FIG. V



FIG. VI

CONCLUSIONS

I

Traitement des Epithéliomas non encore irradiés

a) Les baso-cellulaires, traités par les irradiations, guérissent dans 90 % des cas (Francis Carter Wood); et les spino-cellulaires, traités suivant une bonne technique, guérissent aussi souvent que les baso-cellulaires (Regaud).

b) La radiumthérapie se fait : 1° par applications extérieures ; 2° par radiopuncture ; 3° par la combinaison de ces deux méthodes. Il vaut mieux donner la plus grande dose dans le minimum de temps.

II

Traitement des Epithéliomas antérieurement irradiés

1) Les épithéliomas qui ont résisté à un traitement par le radium deviennent de plus en plus radio-résistants, au fur et à mesure qu'ils sont soumis à de nouveaux traitements par le radium.

2) La radio-immunisation a comme facteurs :

- a) La diminution de la résistance cutanée ;
- b) L'état du stroma conjonctivo-vasculaire ;
- c) L'infection.

3) On provoque la radio-immunisation en em-

ployant des doses trop fractionnées, trop espacées, trop répétées.

4) *Traitement chirurgical :*

a) Il ne saurait s'agir, pour les épithéliomas cutanés, d'une résistance au traitement chirurgical comparable à la radio-immunisation.

La chirurgie guérit quand l'excision est complète.

b) L'intervention chirurgicale est indiquée lorsque :

1° L'épithélioma ne réagit plus aux irradiations, notamment au traitement par le radium ;

2° La lésion est très étendue et a envahi l'os sous-jacent ;

3° Le malade présente des douleurs qui trahissent de la radio-nécrose en activité ;

4° Il y a de l'infection.

c) Cinq à six mois après la cicatrisation complète, on peut entreprendre de faire des corrections esthétiques.

Vu : le Doyen,

Vu : le Président,

Rogier.

LECÈNE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

